

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA
ISTITUTO SAN PAOLO DELLE SUORE ANGELICHE

Corso A. De Gasperi, 53 TRANI (BT)

Tel. 0883481150

Sito: www.sanpaolotrani.com

E-mail: istitutosanpaolotrani@virgilio.it

PEC: raivana@legalmail.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE A. S. 20.....- 20.....

SCUOLA DELL'INFANZIA

I sottoscritti:

Dati genitore:

Cognome _____ Nome _____ nato/a _____ _____ (prov.) _____ il _____ cittadinanza _____ codice fiscale _____ domicilio: indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____ residenza (se diverso dal domicilio): indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____

CONTATTI: indirizzo email (in stampatello maiuscolo):

Recapiti telefonici: _____

Dati genitore:

Cognome _____ nome _____ nato/a _____ (prov.) _____ _____ il _____ cittadinanza _____ codice fiscale _____ domicilio: indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____ residenza (se diverso dal domicilio): indirizzo _____ prov. _____ c.a.p. _____
--

CONTATTI: indirizzo email (in stampatello maiuscolo):

Recapiti telefonici: _____

Genitori dell'alunno/a

CHIEDONO

L'iscrizione del proprio figlio/a alla classe

A TAL FINE DICHIARA

di conoscere e condividere il Piano dell'Offerta Formativa della scuola e di impegnarsi a sottoscrivere il Patto di Corresponsabilità ed il Regolamento Scolastico (pubblicati sul sito www.sanpaolotrani.com). E dichiara, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione non corrispondente al vero, che

L'alunno/a C. F.

Nato a il

Cittadinanza.....Sesso (M/F).....

Residenza: indirizzo.....Prov. (.....)

Via/piazza.....CAP.....

Che la propria famiglia convivente è composta da:

PadreC.F.

MadreC.F.

Altri figli

.....

.....

DICHIARA INOLTRE

Che il proprio figlio/a è stato sottoposto alle vaccinazioni obbligatorie SI NO

Che il proprio figlio/a soffre di particolari allergie SI NO

Che in presenza di difficoltà di apprendimento (DSA, DVA, ecc...) è indispensabile fornire al Coordinatore Didattico tutte le informazioni e la documentazione relativa; la mancata o incompleta comunicazione preventiva invalida l'atto di iscrizione.

Il sottoscritto/a

Presenta autocertificazione delle dichiarazioni prodotte ai sensi delle Leggi 15/98-127/97-131/98 e DPR 445/00

Dichiaro di essere consapevole che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente autocertificazione esclusivamente nell'ambito scolastico (MIUR , Regione, Provincia, Comune) e per fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione (D.L. 196/2003, art. 13)

Dichiaro di acconsentire che i dati personali sensibili del/della proprio/a figlio/a possono essere trasmessi all'ASL e ad altri Enti dell'area sanitaria e sociale per i compiti istituzionali di prevenzione, tutela e sorveglianza della salute della collettività

Dichiaro di essere a conoscenza che in nessun caso la quota di iscrizione è rimborsabile.

Data

Firma.....

SCUOLA DELL'INFANZIA PARITARIA
ISTITUTO SAN PAOLO DELLE SUORE ANGELICHE
Corso A. De Gasperi, 53 TRANI (BT)

Tel. 0883 481150

Sito: www.sanpaolotrani.com

Email: istitutosanpaolotrani@virgilio.it

PEC: raivana@legalmail.it

ANNO SCOLASTICO 2024-2025
CONTRATTO DI ISCRIZIONE SCUOLA-FAMIGLIA

Bambino/a _____ Classe _____
Nato/a a _____ il _____ Cittadinanza _____
C.F. _____ Indirizzo residenza _____
Telefoni: _____
Domicilio (se diverso da residenza) _____

Il sottoscritto _____ in qualità di padre, nato a _____
Il _____ C.F. _____ Residente a _____
Prov. (____) Via _____ Professione _____
Tel. _____ Email: _____

La sottoscritta _____ in qualità di madre, nata a _____
Il _____ C.F. _____ Residente a _____
Prov.(____) Via _____ Professione _____
Tel. _____ Email: _____

Il/la sottoscritta _____ in qualità di tutore, nato/a a _____
Il _____ C.F. _____ Residente a _____
Prov.(____) Via _____ Tel. _____
Email: _____

DICHIARANO

Di aver preso visione delle informazioni inerenti i costi e le modalità operative di tutto quanto inerenti la permanenza dell'alunno/a sopra citato/a presso codesto Istituto e accettano quanto segue:

1. Di versare per l'anno scolastico 2024-2025 un importo di € **190,00** per ISCRIZIONE, RISCALDAMENTO E ASSICURAZIONE .
2. Retta Annuale di € **1.400,00** divisi in 10 Rate da € **140,00** da settembre a giugno.

NOTA BENE: LE RATE NON CORRESPONDONO AL MESE

3. Di versare € 25,00 Fondo Cassa (per i materiali - lavoretti)
4. Di acquistare i blocchetti di buoni pasto, qualora se ne usufruisca, in economato (blocchetto da 10 pasti € 45,00)
5. Di versare, oltre al costo complessivo della retta, i costi relativi alle eventuali progetti didattici proposte nei tempi e nelle modalità indicate da Codesto Istituto nel Piano dell'Offerta Formativa.
6. Di impegnarsi al pagamento delle rate con modalità:
 - Carta di credito o Bancomat
 - Contanti
 - Bonifico**IBAN: IT 21 M 01030 41720 000000076509** intestato a ISTITUTO SAN PAOLO SUORE ANGELICHE
7. Di accettare :
 - a) Che la quota di iscrizione **NON E' RESTITUIBILE**.
 - b) Che, in caso di ritiro dell'alunno da parte della famiglia ad anno scolastico iniziato, dovrà essere comunque versata una penale di due mesi.Specificare a chi intestare la ricevuta _____

I sottoscritti dichiarano di accettare i punti: 1;2;3;4;5;6

- Si approvano specificatamente ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del codice civile le seguenti clausole:

L'ammontare delle rette scolastiche ogni anno è fissato dalla Direzione dell'Istituto ed è comunicato alle famiglie degli alunni prima dell'inizio di ogni anno scolastico.

LA FAMIGLIA SI IMPEGNA A CORRISPONDERE L'IMPORTO DELL'INTERA RETTA SCOLASTICA, SECONDO LE MODALITA' STABILITE, ANCHE IN CASO DI LUNGHE INTERRUZIONE DELL'ATTIVITA' DIDATTICA.

FIRMA DELLA MADRE _____

FIRMA DEL PADRE _____

O FIRMA DEL TUTORE _____

Luogo e data _____